

QUALIDADE DE VIDA: DO CONCEITO À TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

Ribeiro, T.T. *
França, A.P. **
Mendes, A. **
Ourives, A. **
Pinto, C. **
Ribeiro, I. **

* Escola Superior de Enfermagem do Porto; e-mail: teresatome@esenf.pt

** Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

A “qualidade de vida” é frequentemente usada como critério na resolução de problemas da prática de cuidados, nomeadamente em situações clínicas que envolvem dilemas éticos. A subjectividade deste conceito pode levar a sentidos de orientação na actuação/intervenção que não dignifiquem a pessoa humana.

Tendo como finalidade consciencializar os profissionais de saúde sobre a utilização deste critério e sobre as potenciais consequências da sua utilização na prática de cuidados, foi realizado um estudo exploratório com o objectivo conhecer de que modo é utilizado o critério QV na resolução de dilemas éticos na prática de cuidados.

Foram inquiridos 153 enfermeiros, a frequentar cursos de pós-graduação na ESEP, reportando-se a situações profissionais em que tenham sido confrontados com tomadas de decisão baseadas na QV e também quanto à apreciação das questões éticas levantadas por essas decisões. Os dados recolhidos foram armazenados no programa estatístico SPSS. As situações narradas foram analisadas através de análise de conteúdo.

Verificamos que o conceito de QV é utilizado por 72,8% dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde. Relativamente às tomadas de decisão, é nos cuidados de enfermagem que este conceito tem maior expressão (81,7%). A quase totalidade dos enfermeiros (99,3%) não tem dúvida de que a ponderação da QV levanta questões éticas nos cuidados de saúde, principalmente aos enfermeiros.

Quanto ao conceito QV, apresenta-se subjectivo e complexo tendo emergido várias categorias.

A diversidade nos conceitos encontrados e a vastidão das situações em que é utilizado, leva-nos a perceber a necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, se consciencializem da sua utilização sobretudo dos seus potenciais efeitos. Para tal, consideramos que não deverá ser um critério a ser usado como pilar da tomada de decisão mas sim como complemento na reflexão. Caso contrário poderá conduzir a decisões eticamente incorrectas.

Palavras-chave: Qualidade de vida; decisão ética

ABSTRACT

Very often the concept of quality of life (QL) is used as a tool to make decisions in clinical practice in difficult cases with ethical dilemmas, especially in surgical or intensive units settings. As the concept has some subjective fragilities it is possible to assume some decisions not in accordance with human dignity.

In order to alert the health care workers about the possible liberal use of QL in taking clinical decisions and its eventual consequences, an exploratory study was done to evaluate how this concept is used in clinical practice in order to judge some ethical questions.

A query about how often some clinical decisions were strongly related to QL and which ethical problems resulted from them, was applied, using the personal experience of 153 nurses doing a post graduate course in ESEP

(Escola Superior de Enfermagem do Porto). The answers were analysed by study of the content of each query, using SPSS program.

QL consideration were used by 72,8% of that group of nurses in their current care practice, with impact in clinical decisions in 81,7% of cases; nevertheless 99,3% reported strong doubts about the use of QL criteria, feeling uncomfortable with the ethical issues that its use prompted. They also felt that QL is a complex and subjective tool.

In conclusion we think, that with all the problems of ambiguity and complexity with the definition(s) of QF, it is very important to try to standardize for each particular situation, better criteria and do not use this concept in general practice, as a strong base for taking important clinical decisions in nurse care.

Keywords: quality of life, ethical decision

INTRODUÇÃO

Ser enfermeiro frequentemente envolve, quer implicitamente, quer explicitamente, a escolha por uma posição moral, o que nos leva a afirmar que é uma profissão iminentemente moral (Tineke et al, 2009).

O desenvolvimento da ciência médica, da tecnologia e dos recursos disponíveis em saúde, por um lado, assim como o envolvimento e a participação do doente e da família nas decisões em saúde, por outro lado, coloca os profissionais de saúde perante uma diversidade de dilemas morais que cada vez mais exigem respostas adequadas e bem fundamentadas.

Para isso é importante que os enfermeiros estejam preparados para responderem a estes dilemas e deste modo definirem bons cuidados (Tineke et al, 2009). Para este autor, a questão moral central tem este enquadramento: O que devo eu fazer por esta pessoa, neste particular momento e nesta situação?

Ao tentarmos percorrer estes passos de forma a termos segurança no que decidimos e como o decidimos, verificamos que o conceito de qualidade de vida (QV) é frequentemente apresentado como critério para a tomada de decisão ética. Ora, a subjectividade deste conceito pode levar a sentidos de orientação na actuação/intervenção que não dignifiquem a pessoa humana.

Tendo como finalidade consciencializar os profissionais de saúde sobre a utilização deste critério e sobre as potenciais consequências da sua utilização na prática de cuidados, está a ser realizado um estudo exploratório com o objectivo principal de conhecer de que modo é utilizado o critério QV na resolução de dilemas éticos na prática de cuidados.

CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA (QV)

O conceito de qualidade de vida surge na segunda metade do séc. XX quando ocorre a melhoria global de condições de vida, decorrente da redução de conflitos militares à escala mundial, um crescente desenvolvimento

técnico-científico que contribui para implementação de novas perspectivas terapêuticas, a redução da mortalidade e da morbilidade infantil e o aumento da esperança de vida, com atenção ao impacto ambiental. Atribui-se actualmente muito valor à necessidade de viver bem, melhorando a qualidade do tempo de vida e a condição global da humanidade (Leone, 2009, p. 1509-1520).

A qualidade de vida, conceito individual e perceptivo, depende do sistema de valores de cada pessoa, assim como de condicionantes emocionais e pessoais, associadas a factores socioeconómicos, culturais, espirituais e também a interesses, expectativas, experiência de vida e circunstâncias objectivas do momento. É um termo com representação pública, mas também com percepção individual, podendo modificar-se na mesma pessoa e ao longo do tempo sendo, por isso, um fenómeno subjectivo, multifacetado e complexo, particularmente quando relacionado com situações de vulnerabilidade/fragilidade da pessoa em qualquer uma das suas dimensões.

Num estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objectivo principal de elaborar um instrumento de avaliação da QV numa perspectiva internacional e multicultural, foi definida qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995, p.1405).

Actualmente, face à vida e situação de saúde/doença, dá-se ênfase não só à capacidade da pessoa em desenvolver as suas actividades diárias e desempenho do seu papel como membro da sociedade, mas também a elementos considerados positivos como a felicidade, o bem-estar social e emocional e a qualidade de vida.

A doença e/ou o sofrimento, acontecimento humano complexo e dinâmico, é percebido de acordo com o impacto físico e psicossocial que essa doença, disfunção ou incapacidade tem e o seu significado para a pessoa. Recorrendo à definição de saúde da OMS datada de 1948, o facto de a pessoa *estar bem* – critério objectivo e de cariz sociocultural, não é semelhante a *sentir-se bem* - critério subjectivo, perceptivo e de interpretação integral de saúde. Torna-se assim importante a intercepção destes critérios para a definição de saúde e para a prestação de cuidados de saúde.

Nesta perspectiva, a qualidade de vida é um conceito dinâmico e de percepção individual, que corresponde à concepção de bem-estar geral e de equilíbrio pessoal, associando as várias dimensões da saúde: física - funcionamento orgânico eficiente que se traduz em bem-estar biológico; psicológica - experiência e vivência subjectiva e de interligação corpo/mente, sendo o sujeito que define a sua própria qualidade de vida; sócio-ambiental - que envolve a relação do homem com o meio ambiente em que está inserido, incluindo também as condições laborais, familiares, alimentação assim como o desenvolvimento económico, política ambiental e da saúde; ético-espiritual - a pessoa é agente responsável pela sua própria saúde, pelo que, para a sua manutenção, estão implícitos valores que fundamentam a vida.

Os profissionais de saúde, no seu agir, devem ter sempre em atenção estas quatro dimensões da saúde uma vez que, só desta forma, se pode proporcionar uma boa qualidade de vida na perspectiva individual.

Marciano Vidal (1993, p. 460) diz que a QV é “a realização para o maior número possível de homens e mulheres e pelo tempo mais longo possível, das condições de vida correspondentes à dignidade humana”. Assim, a QV é um imperativo do ethos humano, não relacionada com a ausência de sofrimento e de adversidades mas, pelo contrário, é a conquista para o maior número possível de pessoas, de uma vida digna e com sentido.

Tornamo-nos responsáveis pela QV uns dos outros, promovendo um mundo mais justo e transmitindo o “gosto de viver” na liberdade e com responsabilidade. Por isso, o sentido ético é o motor da qualidade de vida que designa a auto-realização plena da pessoa humana, no encontro com a sua própria identidade.

Existe ainda quem associe QV ao conceito de bem-estar subjectivo e que compreende o domínio da psicologia social, psicologia da saúde e psicologia clínica. Este conceito surgiu pela primeira vez na tese de Wilson e está relacionado com outros dois conceitos: o de Satisfação e o de Felicidade (Wilson, 1967).

No âmbito da bioética, importa reflectir sobre as atitudes dos enfermeiros que se relacionam com a QV das pessoas que têm ao seu cuidado. Sendo assim, e numa visão mais abrangente e integradora, tende a analisar-se quais as atitudes que fazem com que a vida do outro seja verdadeiramente mais humanizada.

A TOMADA DE DECISÃO ÉTICA

A tomada de decisão ética é também um processo de resolução de problemas no nosso quotidiano profissional. Mas a ética não é somente um meio para encontrar tarefas e princípios mas sim um meio para uma prática racional (Tineke et al, 2009). Como afirma Lucília Nunes, “estaremos de acordo que pensar é um exercício de reflexão e de consciência. Debruça-se e refere-se aos valores que integramos, às condutas que temos, às atitudes que valoramos, às procuras que fazemos, em suma, aos perfis das pessoas em que nos queremos ir tornando” (Nunes, 2006).

A tomada de decisão perante dilemas éticos confronta-nos com a capacidade de sabermos decidir sobre quais os critérios a valorizar. Assim, temos variáveis individuais (idade, género, desenvolvimento moral, cognitivo e educacional) e situacionais (cultura organizacional, ambiente, contexto de trabalho) com impacto na tomada de decisão ética (McDevitt et al, 2007). Num dilema ético é importante compreender as variáveis que os indivíduos enfrentam quando tomam decisões. Na busca de soluções há que ponderar as alternativas possíveis, baseado em princípios, valores e deveres, num referencial de justiça, beneficência, não maleficência e respeito pela autonomia e auto-determinação da pessoa (Beauchamps & Childress, 1978).

Nas interações profissionais, o processo de tomada de decisão pode envolver a ética principialista que prescreve normas de conduta, os direitos humanos individuais e colectivos (UNESCO, 2005), uma ética das virtudes no agir profissional (Platão, Aristóteles), e ética situacional em liberdade, alteridade e objectividade como essência do cuidar e da enfermagem. Existem vários modelos para a tomada de decisão, todos com qualidade e algumas limitações. Mas, independentemente de modelos ou correntes de pensamento em bioética, quando decidimos

agir ou abstermo-nos de agir perante um dilema ético ou moral, a consciência moral apresenta-se como mediadora de qualquer decisão tomada.

Malherbe (1987:73) define consciência moral como «a capacidade que o homem recebeu em partilha, de discernir, até mesmo de inventar, como agir numa dada situação em conformidade com os seus valores». Na decisão moral estão, assim, presentes três aspectos: os valores - quer estes tenham sido legados ou fruto da nossa própria pesquisa e empenhamento na procura do melhor agir; as situações - dilemas problemáticos que nos impelem a uma decisão moral e que muitas vezes apelam a uma certa inventividade; e por fim a intercessão da consciência moral, através da qual analisamos a situação e integramos os nossos valores, de modo a decidir qual a acção mais adequada. A decisão moral possui, deste modo, três elementos (Malherbe, 1987:74): o sentido - que vai buscar à hierarquização de valores; o enraizamento histórico - da própria situação; e a validade - fruto da liberdade da consciência. A negligência de cada um destes três elementos leva à possibilidade de três perversões da ética, respectivamente: o situacionismo, o tradicionalismo e o autoritarismo.

Também neste sentido e no âmbito da enfermagem, Lucília Nunes (2006) explica-nos que “as decisões morais têm de ser fundamentadas pelo menos em 5 elementos: numa cuidadosa deliberação racional sobre os factos existentes, no exame dos princípios morais relevantes, na apreciação das opções e possibilidades (chamo-lhes «cenários»), na monitorização dos efeitos e consequências das acções e na identificação de lições para o futuro”.

O teólogo Louis Vereecke (1997:76), indica alguns factores que aceleraram, hoje em dia, a valorização da consciência individual: a relativização das normas objectivas absolutas causada pelo encontro de contextos culturais heterogéneos; uma desvalorização da objectividade moral, devida sobretudo aos estudos da psicologia que analisam a formação da consciência moral e ainda a impossibilidade das estruturas sociais, nomeadamente as jurídicas, se adaptarem às mudanças dos nossos tempos. A pessoa é assim chamada a reflectir e a formar a sua consciência, de modo a ser capaz de decidir livremente a sua acção, em muitas questões em que outrora as decisões a tomar estavam prévia e claramente definidas, quanto à sua moralidade.

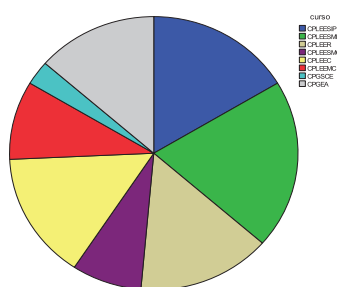
METODOLOGIA

O nosso estudo tem como população os enfermeiros no exercício dos cuidados e o instrumento de recolha de dados é um questionário dirigido aos enfermeiros, constituído por respostas fechadas para a caracterização da amostra e por questões abertas, para a identificação do conceito e das questões que este levanta na sua utilização. Os dados quantitativos foram guardados no programa SPSS, versão 19, analisados através da estatística descritiva e os dados qualitativos através de uma técnica de análise de conteúdo.

RESULTADOS

A nossa amostra é composta por 153 enfermeiros a frequentar cursos de pós-graduação na ESEP (gráfico 1), sendo 85,6% (131) do sexo feminino e 14,4% (22) do sexo masculino, com idades compreendidas entre 22 e 57 anos (média 31,37 Dp 6,1 anos).

Gráfico 1: Distribuição das respostas dos enfermeiros por curso de pós-graduação que frequentam



O tempo de actividade profissional está compreendido entre <1 ano a 36 anos, apresentando uma distribuição bimodal (4 e 12 anos respectivamente).

A maioria dos enfermeiros trabalhou em mais do que um serviço, com maior percentagem em serviços de Cirurgia e especialidades cirúrgicas (51,7%), Medicina e especialidades médicas (41,1%), Centro Saúde/USF (34,4%), Urgência e Cuidados Intensivos (21,2%).

Relativamente à análise de conteúdo dos dados sobre o conceito de QV destes enfermeiros podemos perceber que este conceito foi definido, fundamentalmente, em 4 categorias:

- Uma “vivência” que inclui algumas características, de onde se salientam como mais referidas, o facto de poder coexistir na presença de doença e incapacidades/limitações, o viver bem/viver o melhor possível e o lazer.
- Ter “condições”, sendo estas de ordem geral, específica, ou capacidades: a dependência de um conjunto de condições, que os enfermeiros não foram capazes de definir, foi o dado mais relevante da primeira sub-categoria; das condições de ordem específica sobressaem, por ordem decrescente, a saúde, a família e o dinheiro; quanto às capacidades necessárias para ter QV são apresentadas, também pela mesma ordem, as capacidades necessárias ao desenvolvimento das Actividades de Vida Diária, as necessárias para se ser independente/autónomo e as que se prendem com a satisfação das Necessidades Humanas Básicas.
- Um “sentimento”, maioritariamente de bem-estar, que muitos referem de uma forma geral, mas que muitos também especificam, de modo mais veemente o bem-estar físico, psíquico e social. Para além do bem-estar os inquiridos dão importância, entre outros factores, à realização (pessoal e profissional) e ainda à felicidade.
- “Não ter” é uma quarta categoria que emerge desta análise e, se bem que com uma enumeração mínima (apenas 7 enfermeiros a referiram), consideramos relevante salientar o facto de a ausência de algumas condições ser apresentada como essencial para se possuir QV.

Quanto à frequência da utilização do conceito de QV na prestação de cuidados de saúde, 72,8% afirmam utilizá-lo com frequência, considerando que são os enfermeiros (99,3%) quem mais invoca este conceito, seguidos pelos médicos (58,2%), pela família (54,9%) e pelo doente (50,3%).

Relativamente às tomadas de decisão baseadas no conceito de QV, é nos cuidados de enfermagem que têm maior expressão (81,7%) como podemos verificar no quadro 1.

Quadro 1 - Circunstâncias na tomada de decisão baseada no conceito de QV

Circunstância na tomada de decisão	n.º	%
baseada no conceito de QV		
Cuidados de enfermagem	125	81,7
Tratamentos a iniciar	106	69,3
Tratamentos a interromper	98	64,1
Internamento e transferência	64	41,8
IVG	20	13,1
Outros	3	2

É interessante verificar que os enfermeiros quando invocam este conceito, 84,3% fazem-no centrados na perspectiva do utente. Por esse motivo, consideram ser mais importante o que pensa o utente, só em seguida o que eles pensam (69,3%), depois o que pensa a família (49%) e a equipe de saúde (43,3%). Mas para a grande maioria dos enfermeiros (84,2%) o que se apresenta central para a tomada de decisão é mesmo o que o doente pensa sobre o assunto.

A quase totalidade dos enfermeiros (99,3%) não tem dúvida em afirmar que a ponderação da QV levanta questões éticas nos cuidados de saúde e reconhece que levanta essencialmente aos enfermeiros (88,9%) aos médicos (72,5%) e em menor percentagem ao doente e família (respectivamente 47,7% e 47,1%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Qualidade de Vida surge na visão destes enfermeiros, um grupo bastante heterogéneo nas suas diversas dimensões, como um conceito subjectivo e nitidamente multidimensional muito de encontro aos dados referidos por estudos anteriores.

As categorias principais centram-nos num conceito marcado pelo sentir algo e possuir algumas condições sem as quais se coloca em risco a QV. O conceito surge muito ligado a um sentimento de bem-estar físico, mental e social, de certo modo coincidente com o conceito de saúde da OMS, por sua vez muito valorizada como condição para se possuir QV. A presença da família e das relações familiares surge também como factor interveniente e com um peso relevante.

Também nos parece interessante salientar que se associam ao conceito aspectos vincadamente hedonistas como o dinheiro, o prazer ou o lazer, entre outros, provavelmente influenciados pelas características da sociedade actual e que parecem poder ter um peso substancial no desenvolvimento deste conceito.

Não ter problemas, dor, sofrimento, limitações ou doenças aparecem como condições para se ter QV na opinião

de 7 enfermeiros, enquanto para outros (6) a QV pode coexistir com a doença ou as incapacidades, emergindo uma certa dissonância que, se bem que pouco significativa, nos atesta da subjectividade deste conceito, mesmo entre uma classe directamente implicada com estas realidades.

Uma análise prévia dos dados do questionário, relativos às circunstâncias em que se utiliza este conceito como critério de decisão ética, parece indiciar uma prevalência em circunstâncias críticas, como as decisões de reanimar/não reanimar, as decisões terapêuticas e cirúrgicas, mas também as decisões necessárias ao planeamento dos cuidados de enfermagem fazendo, portanto, parte do dia-a-dia do trabalho do enfermeiro. Torna-se ainda necessário, após a conclusão da análise deste aspecto, a compreensão das ligações entre as decisões a tomar e os princípios éticos e deontológicos.

A multidimensionalidade do conceito encontrado e a vastidão das situações em que é utilizado leva-nos a perceber, desde já, a necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, se consciencializem da sua utilização sobretudo dos seus potenciais efeitos. Para tal consideramos que não deverá ser um critério a ser usado como pilar da tomada decisão mas sim com complemento na reflexão. Caso contrário poderá conduzir a decisões eticamente incorrectas.

Hans Jonas (1994) lembra-nos que “a natureza qualitativamente nova de certas acções, abriu uma dimensão nova do significado ético, para a qual não existe precedente nos modelos e canones da ética tradicional”. Perante esta reflexão consideramos central na formação dos enfermeiros desde o primeiro ciclo até níveis mais diferenciados de formação existir nos currículos conteúdos, trabalhados de formas diversas, que os capacitem a tomarem decisões, partindo de quadros éticos nos quais a Pessoa seja respeitada em todas as suas dimensões.

Ao longo deste trabalho tivemos presente que “a responsabilidade é o cuidado, reconhecido como dever, por outro ser, cuidado que, dada a ameaça da sua vulnerabilidade, se converte em preocupação” (JONAS, 1995).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEAUCHAMP, T.; CHILDRESS, J. - *The principles of biomedical ethics*. New York: Oxford, 1978.
- BUSS, P.M. - Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Colectiva*. Vol. 5, n.º 1 (2000), p. 163-177.
- CAMPBELL, A.; CONVERSE, P.E.; ROGERS, W.L. - *The Quality of American Life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russel Sage Foundations, 1976.
- Catecismo da Igreja Católica* – Versão oficial portuguesa sob a orientação de D. Albino Mamede Cleto. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1993.
- DEVLIN, B.; MAGIL, G. - The process of ethical decision making. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. Vol. 20, n.º 4 (2006), p. 493-506.
- FERREIRA, P.L.; MELO, E. - Percepção de saúde: validação intercultural do perfil de saúde Nottingham. *Nursing*. Vol. 135 (Jul./Ago., 1999), p. 23-29.

- FLECK, M. P. [Col.] - *A avaliação da Qualidade de Vida. Guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FLECK, M. P. [et al.] - Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 21 (1999), p. 21-28.
- GALINHA, I.; RIBEIRO, J.L. - História e Evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Vol. 6, n.º 2 (2005), p. 203-214.
- GILL, T. M. [et al.] - A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 272 (1994), p. 619-626.
- GOLDIM, J. - Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*. Vol. 53, n.º 1 (2009), p. 58-63.
- HERMSEN, MAAIKE; HAVE, HENK TEN - Decision-making in palliative care practice and the need for moral deliberation: a qualitative study. *Patient Education and Counseling*. Vol. 56 (2005), p. 268-275.
- JONAS, H. - *Ética, medicina e técnica*. Lisboa: Editora Passagens, 1994.
- JONAS, H. - *El principio de Responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Editorial Herder, 1995.
- KING, C. R.; HINDS, P. - *Quality of life from nursing and patients perspectives. Theory, research, practice*. Boston: Jones and Bartlett Pub., 1998.
- LADRIÈRE, Jean - *L'Éthique dans l'Univers de la Racionalité*. Canadá: Edição Artel, 1997.
- MALHERBE, Jean-François - *Pour une Éthique de la Médecine*. Paris: Larousse, 1987.
- MEULDERS, Michel - Finalité et neurosciences. *Revue d'éthique et théologie morale*. Vol. 206, Sup. (1998), p. 123-148.
- MINAYO, M.C.; HARTZ, Z.M.; BUSS, P.M. - Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 5, n.º 1 (2000), p. 7-18.
- McDEVITT, R.; GIAPPONI, C.; TROMLEY, C. - A model of ethical decision making: The integration of process and content. *Journal of Business Ethics*. Vol. 73 (2007), p. 219-229.
- SGRECCIA, E. - *Qualidade de vida e ética da saúde*. Assembleia Geral da Pontifícia Academia para a Vida. 17 de Fevereiro de 2005. [Consult. 05 de Janeiro de 2010] URL: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_20050217_etica-salute_po.html.
- TINEKE A. ABMA ABERT MOLEWIJK A GUY A. M. WIDDERSHOVEN - Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. *Health Care Anal.* Vol. 17 (2009), p. 217-235.
- VIDAL, M. - *Para conhecer a ética cristã*. São Paulo: Edições Paulinas, 1993.
- VILAR, F.J.; SALGADINHO; S.I. - Do conceito de qualidade de vida à qualidade de vida como conceito. *Revista Enfermagem em Foco*. n.º 57 (Out./Dez., 2004), p.34-36.

WHOQOL - The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Society of Sciences Medical*. N.º 41(1995), p.1403-1410.

WHOQOL - The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Society of Sciences Medical*. N.º 46 (1998), p.1569-1585.

WILSON, W. - Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*. N.º 67 (1967), p. 294-306.

UNESCO. *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Paris: UNESCO, 2005.

VEREECKE, Louis - «La conscience: Jalons d'histoire». In: *Le Supplément - Revue d'éthique et théologie moral*. N.º 204 (1997), p. 75-101.

ZEIDL, E. M.; ZANNON, C.M. - Qualidade de Vida em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 20, n.º 2 (2004), p. 580-588.